

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o 427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juillet 1896, à 1 heure

Par JACQUES MÉNARD

Né à Madrid (Espagne), le 22 mars 1866

Ancien externe des hôpitaux

Membre de la Société de stomatologie.

SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES ANOMALIES DE L'APPAREIL DENTAIRE

DE LA

CORRECTION DE CERTAINES ANOMALIES

DE DISPOSITION DES DENTS

PAR L'EXTRACTION DES QUATRE PREMIÈRES GROSSES MOLAIRES
DÉFINITIVES OU DENTS DE SIX ANS

Président : M. STRAUS, *professeur*.

Juges : MM. REMY,
LEJARS, } *agregés*.
WURTZ,

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o.

427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juillet 1896, à 1 heure

Par JACQUES MÉNARD

Né à Madrid (Espagne), le 22 mars 1866

Ancien externe des hôpitaux

Membre de la Société de stomatologie.

SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES ANOMALIES DE L'APPAREIL DENTAIRE

DE LA

CORRECTION DE CERTAINES ANOMALIES

DE DISPOSITION DES DENTS

PAR L'EXTRACTION DES QUATRE PREMIÈRES GROSSES MOLAIRES

DÉFINITIVES OU DENTS DE SIX ANS

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. REMY,
LEJARS, } agrégés.
WURTZ, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ N....
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉRE.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

M. le Professeur RAYMOND, hôpital St-Antoine.

M. le Docteur BROcq, hôpital St-Louis.

M. le Docteur JULES SIMON, hôpital des Enfants-Malades.

M. le Docteur JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, hôpital St-Louis.

M. le Docteur LETULLE, hôpital St-Antoine.

M. le Professeur PINARD, clinique Baudelocque (accouchements).

M. le Docteur LEPAGE, — —

MM. les Docteurs CHAMBON et SAINT-YVES-MÉNARD, institut
de vaccine animale (épidémie de variole de Paris, septembre
1893-janvier 1894).

M. le Docteur PIETKIEWICZ, Hôtel-Dieu (service dentaire).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons, dans ce travail, de décrire un procédé de correction de certaines anomalies de disposition (1) de l'appareil dentaire, procédé applicable à la grande majorité des cas de déviations des dents et qui se recommande par sa simplicité en même temps que par son efficacité. Car cette méthode n'est pas née d'hier, elle a déjà pour elle la sanction du temps et d'une longue expérience. En effet, notre maître, le D^r Pietkiewicz, a pu ne s'adresser qu'à elle presque exclusivement pour remédier aux nombreux cas d'anomalies de disposition des dents qu'il a observés au cours de sa pratique déjà étendue et il n'a jamais eu qu'à se louer de l'avoir appliquée.

Cette méthode consiste dans l'extraction *systématique* des *quatre* premières grosses molaires définitives ou dents de six ans.

Mais avant d'entrer dans le détail de cette étude nous désirons remercier les Maîtres éminents qui nous ont appris ce que nous savons.

C'est auprès de M. le professeur Raymond que nous avons fait nos premiers pas à l'hôpital et nous nous souviendrons toujours de la bienveillance avec laquelle il nous accueillit.

(1) Par le terme d'anomalies de disposition, nous désignons tous les troubles de l'évolution qui amènent des modifications dans les rapports soit des dents entre elles, soit des arcades dentaires réciproquement (Magitot).

M. le D^r Brocq, par les leçons admirables qu'il nous fit à St-Louis, s'est efforcé de nous faire partager la passion véritable que lui inspire l'étude de la dermatologie, qu'il nous permette de le remercier vivement. Nous remercions également le D^r J. Simon dont l'enseignement sur les maladies des enfants nous a été des plus profitables.

M. le D^r Just Lucas-Championnière nous a appris que l'antisepsie n'est affaire ni de salles extraordinaires d'opérations, ni d'appareils compliqués et fort dispendieux ; elle repose essentiellement sur la connaissance exacte des principes de la méthode antiseptique. Pour qui est bien pénétré de ces principes, l'antisepsie la plus sûre, la plus rigoureuse peut s'allier à la plus grande simplicité dans les moyens employés pour la mettre en œuvre et elle devient facile à appliquer en toutes circonstances et en tous lieux.

Sans parler de la cure radicale des hernies, du traitement des fractures de la rotule par la suture des fragments, nous devons encore à M. Championnière de connaître les ressources précieuses que l'on retire du massage dans le traitement des fractures, des luxations, des entorses, des contusions, etc... Nous sommes heureux de pouvoir rendre hommage ici à cet excellent maître et de lui dire combien nous éprouvons de gratitude à son égard.

En sortant du service de M. Championnière nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, dans le domaine de la médecine, un défenseur ardent des idées que celui-ci a fait prévaloir en chirurgie. Convaincu que l'hygiène est toute puissante pour empêcher la transmission des maladies, le D^r Letulle nous a fait assister dans son service aux efforts

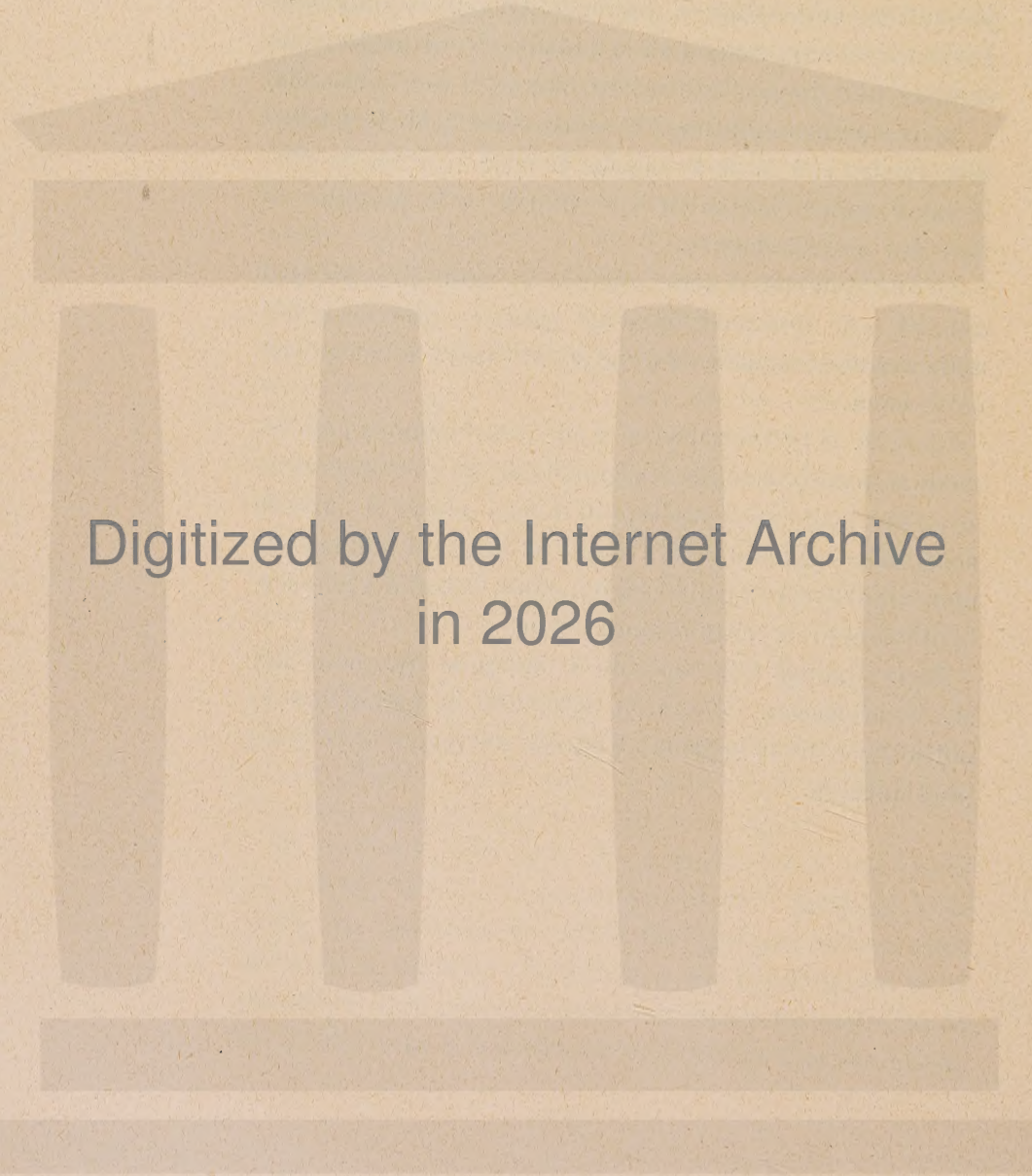
qu'il renouvelle, sans se lasser, pour déterminer les médecins à entourer les malades de médecine des mêmes précautions antiseptiques, qui rendent depuis si longtemps des services inappréciables aux malades de chirurgie. Nous sommes tout disposé à le suivre dans cette voie si féconde.

Nous sommes infiniment reconnaissant à M. le professeur Pinard et à M. le Dr Lepage de nous avoir initié, avec la haute compétence qu'on leur connaît, à la pratique de l'art des accouchements.

Le Dr Chambon et notre oncle le Dr Saint-Yves Ménard ont été à la fois pour nous des maîtres autorisés et des amis dévoués; nous ne saurons jamais assez nous acquitter envers eux.

C'est M. le Dr Pietkiewicz, à qui nous sommes entièrement redevable de toutes les connaissances que nous avons acquises dans l'art dentaire, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse; il nous a fait l'amitié et le grand honneur de nous admettre à sa collaboration, nous l'assurons tout particulièrement de notre reconnaissance.

Nous sommes très sensible à l'honneur que nous fait M. le professeur Straus en acceptant la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer nos remerciements les plus sincères.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0021

Historique.

L'extraction des quatre premières grosses molaires, appliquée à la correction des anomalies de disposition des dents, est un de ces procédés, dits classiques, qui se transmettent d'une génération à l'autre, sans qu'il soit possible d'en attribuer l'invention à tel ou tel auteur.

De nos jours, Tomes, Andrieu, Magitot, soit avant M. Pietkiewicz, soit en même temps que lui, ont indiqué incidemment que l'extraction des dents de six ans pouvait être utile pour remédier au mauvais arrangement des dents ou pour prévenir les accidents de la dent de sagesse.

Parmi eux, Andrieu a proposé nettement l'extraction des premières grosses molaires pour faire de la place dans les mâchoires à dents trop serrées ; cependant, dit-il, lorsque ces molaires ne sont pas cariées, il y a deux solutions :

« 1° Ou l'extraction de la première bicuspidee, c'est la solution classique ; 2° ou et tout aussi bien l'extraction de la dent de six ans ; mais, dans ce cas (lorsque les premières grosses molaires ne sont pas cariées), *nous n'y tenons pas absolument*, la première solution étant d'un effet plus rapide. Nous voulons seulement insister sur cette règle pour nous presque invariable que, dans des bouches du genre de celle dont nous parlons (où le défaut d'espace se fait sentir), lorsque la régularisation de la denture exige un sacrifice de dent, c'est toujours celui de la dent de six ans,

lorsqu'elle est cariée ou seulement piquée, qu'il convient de faire ».

A M. Pietkiewicz revient le mérite d'avoir étudié à fond ce procédé et d'avoir montré quelles ressources peut en tirer qui sait le manier judicieusement. Il a démontré le premier, en s'appuyant sur des données anatomiques précises, qu'on ne devait pas recourir indifféremment à l'extraction des premières grosses molaires ou à celle des premières ou des secondes prémolaires, mais que, sauf de très rares exceptions, il fallait *toujours* enlever les *quatre* premières grosses molaires et respecter les prémolaires, non seulement lorsque l'anomalie siège sur les deux mâchoires, mais alors même qu'elle ne porte que sur l'une d'elles.

Pour lui, la quadruple extraction des premières grosses molaires constitue la véritable méthode thérapeutique de toute cette catégorie d'anomalies de disposition des dents qui reconnaissent pour cause l'étroitesse des maxillaires.

Mais ce n'est pas tout, lorsque, après l'éruption des incisives permanentes, une intervention précoce s'impose, vers neuf ou dix ans, pour régulariser leur denture, chez des enfants à maxillaires extrêmement peu développés, M. Pietkiewicz propose encore ici une opération analogue. Il pratique l'extraction des quatre premières ou des quatre secondes molaires *temporaires*, suivant l'état de conservation des unes ou des autres, tandis qu'il rejette l'extraction des canines temporaires, pourtant communément adoptée.

Ce mode d'intervention permet seul de créer assez de place sur les maxillaires pour ranger immédiatement toute

la partie antérieure des arcades. Si, plus tard, au moment de l'éruption des prémolaires et des canines, l'espace manquant de nouveau, la sortie de ces dents se fait dans une direction vicieuse, l'extraction des premières grosses molaires *définitives* fournira à celles-ci la place nécessaire pour évoluer normalement.

Nous avons divisé notre travail de la manière suivante : après avoir décrit la disposition et les rapports des dents, dans l'état normal (Chap. I), nous exposons par quel mécanisme les dents définitives, malgré leur volume plus considérable que celui des dents temporaires, parviennent ordinairement à s'arranger dans un ordre régulier sur les bords alvéolaires (Chap. II). Dans le chapitre III, nous indiquons quelles sont les anomalies de disposition des dents curables par l'extraction des premières grosses molaires et nous donnons un court aperçu de leur étiologie. Nous avons entièrement consacré le chapitre IV à l'étude de tout ce qui a trait à la correction de ces anomalies par l'extraction des premières molaires. Dans le chapitre V nous étudions le procédé de redressement qui s'adresse aux appareils, nous comparons les deux méthodes et nous terminons par les observations et les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Dentition normale.

Sur une mâchoire adulte, alors que toutes les différentes parties ont évolué normalement, nous constatons que toutes les dents supérieures recouvrent les dents inférieures et les débordent, bien qu'implantées sur une ligne parabolique de courbure plus prononcée. De là, la nécessité pour les dents de s'incliner suivant certaines directions. Les dents de l'arcade supérieure ont une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors, d'autant plus inclinée qu'elles sont plus rapprochées de la symphyse.

A la mâchoire inférieure, les dents sont inclinées de dehors en dedans et de bas en haut, et d'autant plus obliques qu'elles s'éloignent plus de la symphyse du menton, c'est-à-dire des dents médianes ; normalement, les médianes peuvent être considérées comme ayant une direction verticale.

Si nous superposons les deux arcades dentaires, nous voyons, qu'à l'état normal, le plan médian passe par l'interstice des incisives centrales ; que la canine supérieure correspond à l'intervalle de la canine et de la première petite molaire inférieures ; que la première petite molaire supérieure correspond à l'intervalle des deux petites molaires inférieures et la deuxième à l'intervalle de la deuxième petite molaire et de la première grosse molaire du bas ;

enfin la première grosse molaire supérieure débordé légèrement sur la seconde grosse molaire inférieure.

Tels sont sommairement la disposition et les rapports naturels utiles à connaître, car toute dent s'écartant de ces données constituera une anomalie de disposition (1).

(1) GEORGES GAILLARD, *Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel*. Paris, 1879.

CHAPITRE II

Du remplacement des dents temporaires par les dents définitives.

« La portion de l'arcade alvéolaire de l'adulte occupée » par les dents qui sont précédées de dents temporaires » c'est-à-dire par les incisives, les canines et les bicuspides, correspond exactement à la totalité de l'arcade alvéolaire de l'enfant dont la dentition temporaire est complète » (Tomes). Elle est limitée sur chaque mâchoire par les premières grosses molaires définitives ou dents de six ans dont la situation dans le maxillaire demeure invariable une fois qu'elles ont poussé.

Nous allons montrer, en quelques mots, par quel mécanisme les vingt dents permanentes de devant parviennent à se ranger régulièrement dans la partie du maxillaire qu'occupaient les dents temporaires, bien qu'elles soient, pour la plupart, plus volumineuses que ces dernières.

Notons en premier lieu l'accroissement des maxillaires, accroissement qui, au niveau de la portion antérieure des arcades, se fait d'une manière spéciale. Ce phénomène s'accomplissant exactement de la même façon sur les deux maxillaires, il nous suffira de l'étudier sur l'une des mâchoires, l'inférieure, par exemple, dont nous ne suivrons le développement qu'au niveau de la région qui nous intéresse c'est-à-dire au niveau de sa portion antérieure.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire au premier abord le maxillaire ne s'accroît ni par suite d'un changement fondamental dans sa forme, ni par suite d'un développement osseux interstitiel. Ce mode de croissance aux dépens du cartilage de la symphyse, avant la réunion des deux moitiés du maxillaire, était celui usité pendant la vie intra-utérine, mais il devient insignifiant à la fin de cette période. L'accroissement de la partie antérieure du maxillaire se fait simplement par suite d'un apport de couches osseuses à sa surface externe.

« En effet, si l'on superpose plusieurs maxillaires à différents degrés de croissance, maxillaires de fœtus, d'enfants de neuf mois et de sept ans, d'adultes, on verra que l'arc de la mâchoire fœtale est aussi large et aussi long que celui du maxillaire adulte; la différence qui existe entre ces divers maxillaires, dans cette partie, est due simplement à une *augmentation progressive d'épaisseur* par suite d'additions assez légères à l'intérieur de ces mâchoires, mais beaucoup plus considérables à l'extérieur. » C'est que, « à mesure et en même temps que se développent les cryptes des dents permanentes à la face interne des dents temporaires, ces dernières et leur paroi alvéolaire antérieure sont lentement poussées en avant, phénomène dont nous pouvons voir la conséquence dans l'écartement qui se fait entre chaque dent temporaire, avant leur chute, lorsque les phases de la dentition s'accomplissent jusqu'au bout d'une façon normale » (Ch. Tomes).

L'augmentation d'épaisseur du maxillaire a pour effet de porter la ligne d'implantation des dents définitives en avant

de celle des dents temporaires. La première courbe, circonscrite autour de la seconde, présente un plus grand développement et l'on conçoit qu'à son niveau puissent se ranger régulièrement des dents plus volumineuses.

Cet accroissement se fait assez lentement et les maxillaires « à l'âge de 5 à 7 ans, époque à laquelle commence » l'éruption des dents permanentes, n'offrent pas un espace » suffisant pour l'arrangement uniforme des couronnes des » dents permanentes ; il y aurait néanmoins plus d'étendue » qu'il n'en faut pour loger les racines suivant une ligne régulière ». Aussi, au lieu de sortir sur tous les points à la fois, les dents permanentes ne font éruption que successivement, afin de laisser au maxillaire le temps d'acquérir, parallèlement à leur évolution, un développement suffisant. C'est ainsi que l'on voit l'éruption des incisives, commencée vers six ans et demi se prolonger pendant une durée de dix-huit mois à deux ans et le remplacement des dents temporaires n'être définitivement achevé que vers la 12^e année par la sortie des canines ou des secondes petites molaires.

L'examen d'un maxillaire supérieur, dont on a fait sauter la table antérieure pour se rendre compte de la disposition des dents permanentes dans l'intérieur de cet os, au moment où va commencer l'éruption de la seconde dentition, montre, qu'à la face interne des dents de lait, les dents permanentes sont étagées sur deux rangs ; le premier, formé par les incisives médianes, les incisives latérales et les prémolaires, occupe toute la place disponible sur l'arcade alvéolaire ; au second rang, juste au-dessus de la cloison qui sépare la crypte de l'incisive latérale de celle de la première prémolaire, la canine se trouve seule, de chaque côté, lais-

sant en contact l'incisive latérale et la première prémolaire entre lesquelles elle doit venir plus tard se loger.

Les incisives et les prémolaires occupant dans l'intérieur du maxillaire toute la place disponible sur l'arcade alvéolaire, le maxillaire supérieur, malgré le développement obtenu par la croissance, ne pourrait loger les canines si les incisives définitives présentaient une direction verticale comme les incisives temporaires. Pour permettre le placement des canines un petit artifice est nécessaire et il se trouve réalisé par l'obliquité de l'implantation des incisives. Celles-ci s'inclinent obliquement en avant et en dehors du côté des lèvres tandis que les bicuspides descendent verticalement. La différence dans la direction de la ligne de croissance des incisives et des petites molaires amène entre ces dents une séparation suffisante pour admettre les canines dans la série dentaire.

Enfin, dans un grand nombre de cas, on voit se faire encore un peu de place dans les mâchoires par le mécanisme suivant.

La canine définitive est plus volumineuse que la canine temporaire, mais la première et la deuxième molaires temporaires l'emportent ordinairement sur leurs dents de remplacement, aussi bien et surtout par les dimensions de leurs racines que par celles de leur couronne, de telle sorte, qu'en somme, l'avantage reste à l'ensemble des trois dents de lait. Il résulte de cette disposition que la chute de ces dents s'accompagne de la production sur l'arcade d'un intervalle plus ou moins considérable, que les incisives utilisent pour se desserrer, si, par suite du manque d'espace, elles n'avaient pu, jusque là, se disposer convenablement

En résumé, l'augmentation d'épaisseur des maxillaires, due à la croissance, et le développement de la ligne d'implantation des dents, qui en est la conséquence, l'échelonnement de l'éruption des dents permanentes, les dimensions supérieures de l'ensemble des canines et des molaires temporaires par rapport à celui des dents définitives correspondantes, et, enfin, pour la mâchoire supérieure, l'implantation oblique des incisives, tels sont les divers facteurs qui concourent à assurer, au bout de quelques années, l'arrangement régulier des dents permanentes sur les arcades, malgré leur volume relativement énorme, lorsque tout se passe normalement dans une bouche normale.

CHAPITRE III

Des anomalies de disposition des dents curables par l'extraction des quatre premières grosses molaires. — Anomalies par défaut de place sur les maxillaires.

Nous ne retiendrons des diverses formes d'anomalies de disposition de l'appareil dentaire que les anomalies curables par le traitement que nous préconisons. Celles-ci, de beaucoup les plus nombreuses, reconnaissent pour cause le défaut de proportion entre le développement des maxillaires et celui des dents.

Le plus souvent les maxillaires, ou l'un d'eux seulement, sont frappés d'arrêt de développement et l'effet de ce vice de croissance est d'empêcher le rangement régulier des dents sur la courbe alvéolaire. Dans d'autres cas, plus rares, on ne peut incriminer l'état des maxillaires et l'anomalie reconnaît plutôt une origine dentaire, car ici, les maxillaires ont acquis par la croissance des dimensions normales et ce sont les dents qui se présentent anormalement développées et beaucoup trop larges pour que les mâchoires puissent les contenir dans un ordre parfait.

Plusieurs causes contribuent à déterminer l'atrésie des maxillaires. Tantôt elle résulte de la transmission d'une disposition héréditaire, tantôt elle est le fait d'un état pathologique, souvent héréditaire lui aussi ; et, en dehors de la présence assez commune de tumeurs adénoïdes dans

l'arrière cavité des fosses nasales, il faut songer aux diverses affections de l'appareil naso-pharyngien telles que l'hypertrophie des cornets, les diverses hypertrophies de la muqueuse nasale, la déviation de la cloison, etc... qui agissent toutes en entravant le développement de la voûte palatine.

Bien que dépendant pour la plupart de la même cause, à savoir le manque de place sur les maxillaires, les anomalies de disposition des dents sont loin de présenter toujours la même physionomie. Le degré de l'atrésie des mâchoires, l'âge auquel commence l'éruption des dents permanentes, l'ordre dans lequel elle s'effectue, le volume des dents par rapport à celui des maxillaires, etc., etc..., toutes conditions essentiellement variables avec chaque sujet, constituent autant de facteurs capables de modifier l'aspect sous lequel l'anomalie s'offrira à notre observation.

D'une façon générale, dans ces bouches irrégulières on constate un entassement plus ou moins accusé de toutes les dents antérieures, qui chevauchent les unes sur les autres et se recouvrent plus ou moins par leurs bords. Si l'étroitesse des maxillaires devient considérable, certaines dents ne prennent place sur l'arcade qu'au prix de déviations diverses : inclinaison en avant, en arrière, inclinaison latérale, rotation sur l'axe etc..., elles peuvent même s'en trouver complètement rejetées et il n'est pas rare de voir les incisives latérales et les canines évoluer en avant ou en arrière de la ligne d'implantation des autres dents.

Le traitement que nous dirigerons contre ces anomalies de disposition sera préventif et curatif.

Chez de jeunes enfants, menacés de par l'étroitesse de

leurs mâchoires de présenter plus tard une dentition trop serrée, nous devons faire porter nos investigations sur leur pharynx et leurs fosses nasales pour nous rendre compte si aucune des affections habituelles à ces régions n'entrave le développement normal de leur maxillaire supérieur.

Dans le cas d'un examen positif, nous nous efforcerons de faire cesser cet état pathologique et nous aurons souvent la satisfaction de prévenir l'arrêt de croissance de la voûte palatine et d'assurer aux enfants un arrangement régulier de leurs dents.

Si, malgré les soins appropriés, la mâchoire reste trop étroite, ou si l'enfant nous est amené tardivement, alors que son maxillaire est déjà atrophié et que ses dents permanentes sont placées vicieusement, que nous reste-t-il à faire ?

L'indication thérapeutique, dans les bouches que nous avons en vue, se résume en un seul mot : il faut faire de la place ; et le moyen c'est l'extraction.

Il est acquis, en effet, qu'à la suite d'une extraction, les dents avoisinantes, si elles ne sont pas retenues par leurs antagonistes, se déplacent spontanément dans l'épaisseur du maxillaire de manière à combler le vide laissé par la dent absente. C'est ce mouvement de translation, qui permet aux dents de se desserrer, que nous allons provoquer par nos extractions pour corriger les anomalies de disposition des arcades dentaires.

Quelles sont les dents sur lesquelles devra porter notre choix ? combien sera-t-il nécessaire d'en enlever ? c'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

De l'extraction des quatre premières grosses molaires.

§ 1. — Des principes qui régissent la thérapeutique des anomalies de disposition de l'appareil dentaire.

La thérapeutique des anomalies de disposition des dents repose tout entière sur la connaissance des principes suivants, qui régissent cette partie spéciale de l'art dentaire et qu'il importe de ne jamais perdre de vue, sous peine de s'exposer à des mécomptes.

1^o Quelle que soit l'intensité des forces mises en jeu et la durée de leur application, on ne fera rentrer dans l'arcade une dent déviée de sa position naturelle qu'autant qu'on aura au préalable créé dans le maxillaire la place qui lui est nécessaire pour se loger.

Inversement, si nous disposons d'un espace suffisant, toute dent se laissera déplacer dans le sens où il nous plaira de la porter, pourvu, toutefois, que le sujet ne soit pas trop âgé.

2^o Lorsqu'on pratique une extraction, la série des dents voisines, sous l'action des forces naturelles exercées sur elles par les pressions réciproques des dents les unes sur les autres, par les pressions continues de la langue et des lèvres, tend à cheminer dans l'épaisseur de la substance

du maxillaire pour venir occuper l'espace laissé libre par la dent avulsée.

3° Mais, en raison de l'engrènement réciproque des dents, si l'on n'agit que sur une *seule* des mâchoires, en respectant la dent correspondante sur le maxillaire opposé, aucun mouvement ne se produira sur l'arcade car les dents, dont on désirait obtenir le déplacement, seront retenues par leurs antagonistes.

§ 2. — Des rapports des arcades dentaires. — Des conséquences qu'ils entraînent au point de vue du nombre d'extractions qu'il est nécessaire de pratiquer pour corriger les arcades.

Il ne suffit pas, dans un cas de redressement, de diriger son attention *uniquement sur le maxillaire intéressé par l'anomalie* pour décider quelle sera la dent dont l'extraction procurera une place suffisante pour la correction de la déviation, il faut en même temps examiner les rapports que les arcades présentent entre elles. Seule, l'étude de ces rapports, en nous renseignant sur la manière dont se fera le déplacement des dents à la suite de notre intervention, nous permettra d'apprécier s'il convient ou non d'opérer les deux arcades et combien de dents il sera nécessaire d'enlever.

Pour prendre un exemple, supposons que nous désirions corriger par l'extraction des premières grosses molaires l'irrégularité d'une bouche, dans laquelle les dents ne sont mal rangées que sur l'un des maxillaires, et voyons comment l'étude des rapports dentaires va nous renseigner sur

le nombre d'extractions que nous devons pratiquer pour atteindre ce résultat.

Nous avons vu, plus haut, que la canine supérieure vient se loger entre la canine et la première petite molaire inférieures ; la première petite molaire supérieure entre la première et la deuxième petite molaire inférieures. De même la deuxième petite molaire supérieure occupe l'espace compris entre la deuxième petite molaire et la première grosse molaire inférieures.

Ceci posé, enlevons à droite et à gauche, pour un cas d'anomalie de l'arcade inférieure, les premières grosses molaires *inférieures* seules. Que va-t-il se passer ? Les deuxièmes bicuspidées inférieures, retenues en arrière par leurs antagonistes, les deuxièmes bicuspidées supérieures, ne vont pas pouvoir se porter en arrière ou éprouveront un déplacement insignifiant.

Si, dans un cas d'anomalies de l'arcade supérieure, nous prenons les premières grosses molaires *supérieures* seules, l'effet produit sera absolument le même, car les deuxièmes bicuspidées supérieures se trouveront retenues en arrière par les premières grosses molaires inférieures.

Dans l'un et l'autre cas, la position vicieuse des dents antérieures ne sera en rien modifiée ; le vide produit de chaque côté sur la mâchoire ne sera pas comblé ; et si, par ces extractions s'adressant isolément à l'un des maxillaires, nous avons compté créer sur l'arcade correspondante une place suffisante pour faire rentrer dans le rang les dents déviées non seulement nous nous trouverions déçu dans notre espérance, mais nous éprouverions encore l'ennui de constater que nous aurions fait, sans profit, des brèches

dans le maxillaire, rendant ainsi inutiles pour la mastication des aliments les dents dont la surface triturante correspond à ces vides.

Bien différent sera le résultat de l'opération qui supprimera les premières grosses molaires sur l'une et l'autre mâchoire, car les deuxièmes bicuspides supérieures ne rencontrant plus leurs antagonistes inférieures, les premières grosses molaires inférieures, se pousseront librement en arrière, et, à mesure que s'effectuera leur translation, les deuxièmes petites molaires inférieures, au lieu d'être retenues, comme dans l'exemple précédent, par les deuxièmes petites molaires supérieures, les suivront dans leur mouvement. Nous assisterons ainsi successivement au recul de toute la série dentaire sur les deux arcades, et, quelque temps après cette quadruple extraction, nous verrons que les dents déviées ayant trouvé une place suffisante pour se desserrer, présenteront une disposition régulière, tandis que les intervalles produits par l'avulsion des dents de six ans, seront entièrement occupés par les deuxièmes bicuspides, d'une part, et, de l'autre, par les secondes grosses molaires, qui, grâce à un mécanisme analogue, se seront avancées légèrement.

En résumé : 1° l'extraction de deux dents homologues, limitée à l'un des maxillaires détermine dans la continuité de l'arcade deux brèches qui ne se combleront pas, les dents voisines restant immobilisées par leurs antagonistes au bord des trous produits par ces avulsions.

2° L'extraction à chaque mâchoire des deux dents homologues correspondantes, soit, dans l'exemple que nous avons choisi, l'extraction des quatre premières grosses mo-

laïres définitives, est toujours suivie du recul de toute la série dentaire sur l'un et l'autre maxillaire.

3° Cette quadruple extraction s'impose aussi bien dans les cas où l'anomalie ne siège que sur une seule des arcades, que dans ceux où les irrégularités sont réparties sur les deux.

Cette dernière conclusion découle des deux précédentes ; car nous avons exposé que seule l'intervention, qui porte à la fois sur les deux mâchoires, assure le recul de toute la série dentaire placée en avant de la région opérée.

§ 3. — Du choix des dents sur lesquelles devront porter les extractions.

Mais s'il faut, en général, recourir à l'extraction de quatre dents homologues, pour remédier aux anomalies de disposition des arcades, sur quel genre de dents devons-nous arrêter notre choix pour obtenir le résultat que nous recherchons ?

Il ne peut être question, dans la majorité des cas, d'intervenir au niveau de la partie antérieure des arcades ; l'avulsion d'une incisive ou d'une canine déviée ne se fera jamais qu'à titre d'exception.

La suppression des bicuspidées ou des premières grosses molaires, situées plus profondément dans la bouche, passe plus facilement inaperçue ; aussi, est-ce sur elles que nous serons presque toujours amené à opérer. Examinons maintenant les raisons qui vont nous déterminer à emprunter les petites ou bien les grosses molaires.

Les prémolaires présentent une racine unique en bas, tantôt unique, tantôt bifide à la mâchoire supérieure ; dans ce dernier cas, l'une des racines est interne, l'autre externe. Mais elles n'atteignent jamais la longueur de celles des grosses molaires ; la bifidité reste, en général limitée à leur sommet et les divisions sont ordinairement très effilées. La forme générale de la racine des bicuspides rappelle celle d'un cône dont le sommet correspond au fond de l'alvéole.

Le vide laissé dans la mâchoire par l'extraction de cette racine paraît assez important, au premier abord, si on ne considère que l'orifice visible au niveau de la gencive, mais, en réalité, la cavité produite par l'opération est insignifiante et son calibre diminue rapidement dès qu'on s'enfonce un peu dans l'alvéole.

Il n'en va pas de même à la suite de l'avulsion des dents de six ans. Les premières grosses molaires supérieures s'implantent dans le maxillaire par trois racines, souvent fort divergentes, l'une interne, très grosse, arrondie, fortement inclinée en dedans, les deux autres externes, volumineuses également. En bas, les grosses molaires présentent deux racines à peu près parallèles, l'une antérieure, l'autre postérieure. Toutes deux sont de grandes dimensions ; une cloison épaisse les sépare.

Lorsque, quelque temps après l'extraction d'une ces dents, s'est effectuée la résorption des cloisons osseuses inter-radiculaires, il se forme dans le maxillaire un véritable trou, un puits prismatique de section à peu près carrée, bien calibré dans toute sa hauteur, aussi large au sommet des racines qu'au collet. Nous sommes loin du vide, aussitôt rétréci, dès qu'on s'éloigne un peu de la gencive, que l'on obtient en enlevant une prémolaire.

De la comparaison des racines des prémolaires et des premières grosses molaires il ressort que, seule, l'extraction de ces dernières creuse dans les mâchoires une assez vaste place pour assurer un recul suffisant de toute la série des dents. Elle seule permet de retrouver à la région antérieure du bord alvéolaire, pour la correction des anomalies de direction, une partie de la place créée plus en arrière par cette extraction ; l'autre partie est utilisée par les *secondes* grosses molaires, qui, soit spontanément, soit sous l'influence de la poussée de la dent de sagesse, se portent un peu avant.

Cette progression en avant des secondes grosses molaires présente, à la mâchoire inférieure, un intérêt considérable, car elle augmente l'espace qui sépare ces dents de la branche montante du maxillaire, espace où la dent de sagesse est appelée à faire son évolution. Grâce à cette heureuse modification survenue à la partie postérieure du maxillaire, la dent de sagesse se trouve soustraite aux phénomènes de gêne et de compression qui rendent si souvent son éruption difficile ; et, chez les sujets qui ont subi l'extraction des quatre premières grosses molaires, on n'observe jamais les accidents graves qui accompagnent si fréquemment la sortie de cette dent chez les non opérés.

La suppression des premières grosses molaires, en permettant aux dents de se desserrer, amène du même coup, la disparition des gingivites fort communes dans les bouches où les dents sont entassées les unes sur les autres, et très dangereuses pour l'avenir des dents.

Au point de vue esthétique cette intervention offre l'avantage de maintenir l'intégrité absolue de toute la partie

antérieure des arcades dentaires et de ne pas déplacer la ligne médiane.

A ces raisons de préférer le sacrifice des premières molaires à celui des premières ou des secondes bicuspides, nous en ajouterons une dernière, qui est tirée de la faible résistance que les couronnes des premières molaires offrent aux causes de carie.

Les premières grosses molaires sont avec les dents de sagesse les plus fragiles de toutes les dents. Les statistiques de Tomes, Andrieu, Magitot montrent qu'à l'âge où l'on est appelé à intervenir pour corriger l'irrégularité des arcades, c'est-à-dire entre onze et quatorze ans, les premières molaires sont déjà frappées de carie dans la proportion de 74 0/0.

Andrieu attribue cette fréquence de la carie de la dent de six ans aux causes suivantes. Il en décrit quatre principales spéciales à cette dent :

1° Sa densité plus faible que celle des autres dents permanentes.

2° La configuration extérieure de sa couronne parcourue par de nombreux sillons dont le fond est souvent dépourvu d'émail.

3° L'acidité constante des liquides de la bouche pendant le remplacement des dents de lait.

4° Le voisinage de la deuxième molaire de lait, presque toujours détériorée longtemps avant sa chute.

Si nous récapitulons les différents avantages, tels que la prévention des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure, la guérison de la gingivite des bouches aux dents trop serrées, que nous procure l'avulsion des premiè-

res molaires, en dehors de la régularisation absolue des arcades, qui est le but immédiatement cherché, avantages que nous ne retrouvons pas en nous adressant aux bicuspidées, nous sommes amené à conclure que, pour corriger l'irrégularité des arcades, la suppression des prémolaires doit, en général, être considérée comme une mauvaise opération, tandis que l'extraction des premières grosses molaires constitue le procédé de choix.

§ 4. — De l'extraction des quatre premières ou des quatre secondes molaires temporaires.

Dans certaines bouches exceptionnellement étroites, lorsque l'espace laissé aux incisives permanentes, pour faire leur évolution, est tellement restreint qu'une intervention précoce, dès l'âge de neuf à dix ans, s'impose pour leur faire de la place, c'est encore à une opération analogue que nous aurons recours. Pour permettre aux incisives de s'arranger régulièrement sur l'arcade dentaire, nous allons nous adresser cette fois non plus aux premières molaires définitives mais aux premières ou aux secondes molaires de lait, suivant l'état de conservation des unes ou des autres.

Les mêmes raisons, que nous avons fait valoir tout à l'heure en faveur de l'extraction des premières grosses molaires, nous conduisent encore ici à préférer l'intervention qui porte sur les molaires de lait et à rejeter celle qui emprunte aux mâchoires les canines temporaires. Il est assez remarquable de voir que, dans la première dentition, les molaires de lait, qui seront remplacées par des dents

à racine unique et se rapprochant à cet égard des incisives et des canines, présentent, elles, les mêmes caractères que les molaires définitives. Ce sont, comme elles, des dents à racines multiples (au nombre de trois pour les molaires temporaires supérieures, de deux pour les inférieures) et toujours extrêmement divergentes, aussi bien à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure. Le vide aissé dans le maxillaire à la suite de leur avulsion est toujours considérable et permet aux incisives de se disposer normalement sur l'arcade alvéolaire.

L'extraction des canines temporaires, outre qu'elle ne procure qu'une place insuffisante, présente encore, à la mâchoire inférieure, l'inconvénient de compliquer l'anomalie de disposition des incisives en déterminant parfois l'inclinaison en dehors des incisives latérales. L'ensemble des incisives, étalées alors comme les lames d'un éventail, offre à la vue une disposition du plus disgracieux effet.

La production de cette inclinaison en dehors des incisives latérales peut, nous semble-t-il, s'expliquer comme il suit. La forme de l'alvéole de la canine est comparable à un V, dont le sommet occupe la profondeur de l'os. Lorsque l'incisive latérale, sollicitée de se déplacer par les pressions qu'elle subit de la part de sa voisine, l'incisive médiane, de la part de la langue, etc..., a fait résorber la paroi interne de l'alvéole de la canine, sa racine, venant buter par son extrémité contre la paroi externe de l'alvéole de la canine, au point de rencontre des deux branches du V, se trouve arrêtée tandis que sa couronne, décrivant un arc de cercle autour du sommet de sa racine comme centre, continue à s'éloigner de l'incisive médiane jusqu'à

ce que toute la dent soit couchée sur la paroi externe de l'alvéole de la canine, paroi à direction oblique.

Lorsqu'on enlève les quatre premières ou secondes molaires de lait, au contraire, les canines se poussent en arrière dans le vide qu'on a pratiqué et les incisives définitives, soutenues en dehors par les canines temporaires, s'avancent sur l'arcade, leur axe se maintenant dans un plan vertical.

Il importe dans les bouches très peu développées, où les déviations des incisives sont poussées à un degré extrême, de ne pas se laisser surprendre. Il y a souvent grand avantage, chez ces sujets, à corriger de bonne heure, avant l'éruption des autres dents permanentes, toute la portion antérieure des arcades, de façon à n'avoir pas à lutter à la fois, plus tard, et contre la direction vicieuse des dents antérieures et contre celle du reste des dents de remplacement.

L'extraction des molaires temporaires constitue rarement une opération définitive. A part quelques cas heureux dans lesquels, l'accroissement des maxillaires se faisant d'une manière plus complète que le développement obtenu pendant les premières années de la vie ne permettait de l'espérer, la sortie des dernières dents de remplacement (canines et prémolaires) s'effectue d'une façon régulière et dispense le praticien de recourir à une nouvelle intervention pour les ranger à leur tour ; à part ces cas, trop peu nombreux, l'extraction des molaires temporaires ne doit être considérée que comme une opération d'attente. Elle permet de réduire immédiatement d'une façon toujours suffisante, quoique plus ou moins parfaite suivant les sujets, les dé-

viations des incisives, mais la portion de maxillaire, qui reste ensuite disponible pour loger les prémolaires et les canines, est généralement trop restreinte et celles-ci ne parviennent à faire leur apparition à la gencive que dans une région plus ou moins éloignée de leur place normale. Nous savons, maintenant, comment fournir à ces dents l'espace qui leur est nécessaire pour reprendre leur position sur l'arcade et c'est ici que se présente de nouveau l'opportunité de l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives, dont nous avons exposé les avantages au commencement de ce chapitre.

En résumé, chez les sujets porteurs de petits maxillaires, la réduction des anomalies de direction des dents se fait en deux temps. Dans le premier, constitué par l'extraction des quatre premières ou des quatre secondes molaires temporaires, l'opérateur ne vise que la correction immédiate des déviations des incisives, tandis que dans le second, qui comprend l'extraction des quatre premières grosses molaires, il redresse les prémolaires et les canines permanentes en même temps qu'il achève de ranger les incisives, si l'exiguïté de la partie antérieure des arcades n'a pas permis d'obtenir une disposition parfaite de ces dents après la première intervention.

§ 5. — De la déviation des canines.

On rencontre assez fréquemment des enfants chez qui les incisives et les prémolaires sont bien rangées tandis que les canines, n'ayant pas assez d'espace pour se placer, oc-

cupent sur la gencive une situation plus ou moins éloignée de leur siège habituel.

La conduite générale qu'il convient de suivre, dans ce cas particulier, pour rendre aux arcades dentaires une apparence régulière, mérite de nous arrêter un instant.

« La canine est de toutes les dents la plus durable, aussi faut-il, autant que possible, s'efforcer de la ramener dans sa position régulière. Sa plus grande longueur, sa forme particulière, sa terminaison en pointe, que n'ont pas les autres dents, en feraient remarquer l'absence » (Tomes).

Toutefois cette règle n'est pas aussi absolue lorsqu'il s'agit de corriger la mâchoire inférieure que lorsque le maxillaire supérieur est en jeu. La comparaison des canines et des premières bicuspides nous permet de relever entre ces dents une parenté de forme qui est bien mieux marquée à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure, et il résulte de cette observation que le sacrifice de la canine entraînera bien moins d'inconvénients en bas qu'en haut.

Il est facile de distinguer les petites molaires supérieures des petites molaires inférieures. La face libre ou triturante des supérieures présente deux tubercules, l'un interne, l'autre externe, tous deux fort saillants et séparés par une rainure antéro-postérieure dont la profondeur est d'autant plus considérable que ces cuspides sont plus élevées. Les petites molaires inférieures se distinguent surtout des supérieures par l'inégal développement de leurs cuspides ; le tubercule interne, toujours fort rudimentaire, reste plus ou moins complètement caché par le tubercule externe bien plus volumineux et peut passer inaperçu. De plus, la couronne des bicuspides supérieures est aplatie

transversalement, tandis que la couronne des inférieures est sensiblement sphéroïdale.

Les canines, elles, ont pour attribut essentiel la forme conoïde de leur couronne.

L'atrophie du talon interne des premières prémolaires inférieures et leur forme sphéroïdale communiquent à ces dents une telle ressemblance avec les canines que la confusion des unes et des autres se fait aisément. Dans la pratique, on peut recourir sans trop d'inconvénients à la suppression de la canine inférieure déviée, si sa réduction offre trop de difficultés, car la prémolaire, sa voisine, continuera à jouer, à s'y méprendre, son rôle sur l'arcade.

Au contraire, la présence du tubercule interne si développé des prémolaires supérieures nous oblige à être plus conservateur de la canine à la mâchoire supérieure. Si, à la suite de l'extraction d'une canine supérieure, il persiste un vide, même léger, entre l'incisive latérale et la première petite molaire, le tubercule interne de cette dernière devient très apparent et sa vue produit un effet des plus choquants. Il ne peut être question ici, on le conçoit, pour remédier à ce désagrément, d'abattre d'un coup de meule cette cuspide interne, opération qui donnerait à la petite molaire supérieure la similitude la plus parfaite avec la canine mais qui compromettrait gravement l'avenir de la dent.

Ces remarques faites, examinons quelle sera notre conduite dans différents cas d'irrégularité de position des canines.

1° Si l'anomalie de direction porte à la fois sur les quatre canines, le moyen le plus sûr pour la corriger sera l'extraction des quatre premières grosses molaires.

2° Si les canines inférieures seules sont déviées, si les grosses molaires sont saines, s'il existe une place suffisante pour la dent de sagesse entre les secondes grosses molaires et la branche montante du maxillaire, on pourra enlever simplement les canines ; la ressemblance de forme des premières prémolaires permettra à celles-ci de se substituer aux canines.

3° La conséquence fâcheuse au point de vue esthétique, qu'entraîne, surtout chez les femmes, l'extraction des canines supérieures, doit, en général, nous faire éviter ce genre d'intervention.

Quand le déplacement des canines supérieures est léger, il suffira, dans certains cas, pour tout remettre en ordre, de supprimer de chaque côté la première prémolaire ; mais le plus souvent on n'obtiendra qu'un mauvais résultat de cette opération, pourtant bien faite pour nous tenter, il faut en convenir.

Notre maître, le Dr Pietkiewicz, nous a fait constater maintes fois qu'après l'extraction de la première prémolaire, la canine se trouve presque aussitôt arrêtée dans son mouvement de descente et sa couronne reste indéfiniment suspendue au-dessus de la brèche qui sépare l'incisive latérale de la deuxième petite molaire. Cependant, au premier abord, on ne s'explique pas cet arrêt, car rien ne semble s'opposer à la continuation de la progression de la canine et l'intervalle, que l'on a créé dans la rangée des dents, paraît bien assez large pour loger la couronne de la canine. C'est que l'obstacle est non pas extérieur mais intra-alvéolaire, et nous avons donné ailleurs la raison du fait que nous observons ; l'extraction de la petite molaire produit

dans le maxillaire un vide de dimensions trop petites pour livrer passage à la racine si volumineuse de la canine.

A la mâchoire supérieure, pour ramener sur l'arcade soit les deux canines, soit seulement l'une d'elles, nous sommes conduit à rejeter d'une façon générale le procédé que nous venons de signaler et à conseiller l'extraction des quatre premières grosses molaires ou, tout au moins, quand l'anomalie est unilatérale, celle des deux dents de six ans qui se correspondent en haut et en bas du côté dévié. Nous réservons l'avulsion de la première petite molaire pour les cas, où l'état général de la denture étant excellent, il ne s'agit de ranger qu'une seule canine dont le déplacement est peu considérable ; mais, pour peu que la déviation de celle-ci soit prononcée, nous n'hésitons pas, malgré le bon état de conservation des dents, à intervenir plus largement, aux dépens des quatre premières molaires, certain que nous sommes d'ébrécher l'arcade sans corriger l'anomalie en employant un procédé trop conservateur.

On n'oubliera pas que, dans certaines circonstances signalées par Tomes, le rétablissement de la position de la canine est impossible à obtenir soit à cause de son éloignement de l'arcade, soit à cause de la direction de sa racine etc... ; en pareil cas, il faut pratiquer l'extraction de la canine et se garder de toucher aux autres dents.

§ 6. — De l'époque d'élection de l'extraction des quatre premières grosses molaires.

A part les cas exceptionnels où nous serons obligé de proposer d'une façon précoce, vers neuf ou dix ans, une

première intervention portant sur les molaires temporaires, l'âge le plus favorable pour opérer est compris entre onze et quatorze ans. A cette époque de la vie les maxillaires jouissent d'une grande souplesse et la translation des dents au sein de ces os se fait avec autant de facilité que de rapidité.

Avant d'entreprendre la quadruple extraction des dents de six ans nous attendrons que toutes les dents temporaires aient effectué leur chute et que les arcades aient utilisé, pour la correction de leurs anomalies de disposition, la petite place qui se produit quelquefois sur les maxillaires par suite du remplacement des molaires de lait par des dents définitives un peu moins volumineuses. Si le degré de correction obtenu par ce mécanisme reste insuffisant le moment sera venu d'appliquer notre procédé. Mais encore devons-nous assurer, pour ne pas gêner la mastication de l'enfant, que l'éruption des secondes grosses molaires est commencée ou du moins près de se faire. Nous veillerons enfin à ce que les couronnes des bicuspidés soient assez sorties pour empêcher, en l'absence des premières molaires, les incisives inférieures de heurter le talon des supérieures et de les porter en antéverson.

Après la chute des molaires temporaires, qui survient entre la dixième et la onzième année, et avant l'éruption des deuxième grosses molaires définitives, qui a lieu entre douze et treize ans, les dents de six ans sont les seules dents dont la couronne présente une surface assez large pour assurer la trituration complète des aliments. Il faut donc attendre, avant de priver l'enfant d'auxiliaires aussi utiles pour la mastication, que les secondes grosses molaires soient prêtes à entrer en fonctions.

« C'est dire implicitement, qu'il convient de conserver
» le plus possible la dent de six ans jusqu'à cette époque
» d'élection de son extraction, et que lorsqu'elle est atteinte
» de carie, presque dès son apparition, il faut la soigner
» et l'obturer provisoirement de manière à lui permettre
» de remplir le mieux possible son rôle dans la mastication » (Andrieu).

Les conditions, que nous venons d'énumérer, se trouvent d'ordinaire réunies dans la bouche des enfants de onze à quatorze ans. Si on intervient plus tôt, l'extraction des grosses molaires nuit à la mastication ; plus tard, elle laisse un vide que la sortie de la dent de sagesse sera impuissante à combler entièrement.

Bien que l'époque de choix pour enlever les grosses molaires oscille entre onze et quatorze ans, nous ne pensons pas qu'on doive réserver aux seuls enfants de cet âge le bénéfice de l'opération que nous préconisons, et jusqu'à seize ans, nous aurons le droit d'en attendre encore des résultats excellents, quoiqu'un peu plus tardifs à se manifester à cause de l'augmentation de la densité des os.

Au delà de cet âge, nous ne conseillons plus guère de recourir à ce procédé pour remédier aux anomalies de direction des dents, car le résultat en serait par trop aléatoire. Cependant si, chez un sujet de dix-huit à vingt ans, les premières grosses molaires, en ruines, présentent un état de dégradation tel, que le porteur préfère se séparer d'elles que les conserver, leur extraction profitera encore à celui-ci dans une certaine mesure. Comme dans les cas précédents, mais infiniment plus lentement, pendant dix-huit mois et même deux ans, les dents se desserreront,

trop peu, sans doute, pour ramener la régularité sur les arcades, mais assez pour permettre de mieux surveiller les dents restantes et pour améliorer l'état des gencives, si mauvais d'ordinaire dans les bouches qui nous occupent et si menaçant pour l'avenir de la dentition.

§ 7. — **Du manuel opératoire.**

L'extraction des premières molaires n'ayant de valeur qu'autant que les quatre dents sont enlevées en totalité, il vaut mieux renoncer à intervenir par cette méthode, que s'obstiner à l'appliquer quand même, si une raison quelconque, une anomalie de forme des racines de l'une des dents par exemple, nous fait craindre, au début de nos tentatives d'extraction, de ne pouvoir conduire l'opération jusqu'au bout. L'entêtement, dans ce cas, nous exposerait à ébrécher inutilement les arcades sans nul profit pour le redressement des dents.

Aussi, l'ordre dans lequel on procédera à ces avulsions n'est-il pas indifférent ; pour nous, nous attaquons d'abord un côté de la bouche, en haut et en bas, puis nous passons à l'autre ; et, sur chaque côté, nous commençons par la dent dont l'extraction paraît devoir offrir le plus de difficultés.

Si, après avoir enlevé une première dent, la seconde nous résiste d'une façon invincible, sachant que les anomalies sont habituellement bilatérales, nous estimons qu'il est préférable de s'en tenir là, plutôt que de risquer, en opérant l'autre côté, de nous heurter à la même difficulté et de produire, là aussi, un vide que les dents voisines ne pourront venir boucher.

Le manuel opératoire ne présente rien de spécial. Nous recommandons seulement d'agir doucement et de ménager le plus possible le bord alvéolaire, pour ne pas gêner le déplacement des dents. Dans ce but, si les dents paraissent solidement implantées, on se trouvera bien de les ébranler, au préalable, en déterminant un léger degré de périostite de celles-ci à l'aide de petites bandes de caoutchouc placées profondément dans les interstices situés de chaque côté de la dent à enlever.

Suivant l'endurance du sujet on pratiquera les extractions en deux, trois, ou quatre séances, espacées de quelques jours, ou bien on enlèvera les quatre dents en une seule séance, sous le chloroforme, en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareil cas.

Les soins consécutifs ne sont autres que ceux que l'on prescrit après toute avulsion. Ils consistent en bains de bouche et lavages antiseptiques des alvéoles, ceux-ci devant être faits un peu vigoureusement à l'aide du jet d'une poire en caoutchouc, de manière à chasser les impuretés qui pourraient s'accumuler dans les dépressions de la gencive.

CHAPITRE V

Des appareils (1).

Après avoir exposé la méthode qui s'adresse aux grosses molaires pour corriger les anomalies de disposition des arcades, nous allons dire quelques mots d'une autre méthode qui détermine le déplacement des dents déviées en agissant directement sur elles à l'aide de moyens mécaniques. Nous empruntons ces données au remarquable ouvrage du D^r Gaillard.

Le redressement des dents par les appareils présente à considérer deux choses :

1° L'appareil en lui-même, qui ne doit être qu'un tuteur, un point fixe résistant, une base d'opération servant à diriger, à maintenir les forces mises en jeu ;

2° Les forces agissantes, seuls moyens actifs de réduction.

L'appareil affecte des conformations multiples pour répondre aux différents cas de redressements. On le fait en métal, en caoutchouc vulcanisé ; il prend son point d'appui sur la voûte palatine, par l'effet de la pression atmosphérique, ou bien il se fixe de diverses façons sur les dents elles-mêmes.

Quant aux forces employées, représentées par des che-

(1) V. GEORGES GAILLARD, *Loco citato*.

viles, des vis, des ressorts métalliques ou toute autre substance élastique végétale ou animale, leur mode d'action sera toujours soit une traction, soit une pression agissant séparément ou ensemble.

L'application de ces tractions ou de ces pressions détermine au niveau de la paroi alvéolaire, contre laquelle s'appuie la dent à redresser, une sorte de travail irritatif, une ostéite raréfiante qui provoque la résorption de cette paroi alvéolaire et permet à la dent de se déplacer.

Une fois l'alvéole élargie, il s'agit de favoriser la reproduction de la paroi, dont s'est éloignée la dent redressée, pour retenir celle-ci dans la situation nouvelle où on l'a amenée. A l'ostéite raréfiante du début on cherche à faire succéder une ostéite productive qui a pour conséquence la formation de cellules nouvelles dont l'évolution constituera des tissus osseux nouveaux destinés à former la nouvelle alvéole.

Ce dernier travail est facilité par l'application d'un second appareil, dit de *maintien*, qui empêche tout mouvement de la dent déplacée. Toutes les fois que les dents antagonistes ne feront pas obstacle au retour des dents à leur position vicieuse primitive, il faudra avoir recours à ces appareils de maintien dont l'application devra toujours excéder la durée de la réduction. La réduction, en effet, répond à l'élargissement consécutif de l'alvéole, phénomène relativement rapide, tandis que le maintien de la réduction est subordonné à l'établissement de couches osseuses nouvelles et ce phénomène d'ossification complémentaire de l'alvéole se fait avec beaucoup de lenteur ; tant qu'il ne se sera pas produit avec tous les caractères de

solidité suffisante, la dent tendra à reprendre sa position première.

.

Mettons maintenant en parallèle les deux procédés de redressement que nous venons d'exposer : redressement par l'extraction des quatre premières grosses molaires, redressement par les appareils.

On a reproché à la première de ces méthodes : 1° d'exposer l'enfant à l'antéverson des incisives supérieures ; 2° de gêner sa mastication.

En regard de ces inconvénients, si faciles à éviter quand on a soin d'attendre pour opérer l'époque que nous avons indiquée, nous pouvons énumérer les nombreux avantages suivants, qui ne se rapportent pas seulement à la réduction des anomalies.

1° Correction complète et *spontanée* des arcades dans un délai rapide, qui ne dépasse guère six mois.

Cette correction se poursuit d'une manière continue, fatale, pour ainsi dire, sans qu'il soit nécessaire d'exercer une surveillance spéciale, sans qu'on doive craindre de voir interrompre le traitement par indocilité de l'enfant ou pour toute autre cause et sans soumettre les dents à aucune influence nocive.

2° Intégrité absolue de toute la partie antérieure des arcades.

Maintien de la ligne médiane.

Conservation des rapports normaux réciproques des deux arcades dentaires.

Surveillance plus facile des dents restantes.

Pas de complication de carie.

3° Suppression des accidents de l'éruption de la dent de sagesse.

4° Prévention ou guérison des affections gingivales auxquelles le sujet est fatalement exposé.

Passons à l'étude des avantages et des inconvénients du second procédé et faisons remarquer tout d'abord que l'emploi des appareils ne met pas l'enfant à l'abri des extractions, car, le plus souvent, ce mode de redressement nécessite le sacrifice préalable d'une ou plusieurs dents et celles que l'on enlève ne sont pas toujours, comme dans la première méthode, celles qui sont le plus exposées à la carie.

« A côté de la gêne occasionnée par la présence de l'appareil dans la cavité buccale, nous devons mentionner la stomatite soit localisée à la région recouverte par l'appareil, soit même propagée à toute la bouche, stomatite qui reconnaît pour causes l'action irritante de l'appareil lui-même, et le séjour des aliments sous celui-ci. Nous devons aussi signaler les chevilles de bois, employées comme agents réducteurs et qui, venant dans certains cas déprimer la gencive, sont une cause continuelle d'irritation et même de douleur intolérable, irritation pouvant se propager au périoste. Les fils de soie et surtout ceux de caoutchouc peuvent amener les mêmes accidents, et cela avec beaucoup plus de rapidité encore, vu l'énergie et la continuité de leur action. Mal disposés, mal maintenus, ils peuvent glisser sur les dents, ne s'arrêter que sur les gencives qu'ils compriment, qu'ils détachent même quelquefois, et déterminer ainsi une inflammation du périoste susceptible d'entraîner,

au point de vue de l'organe, les plus fâcheuses conséquences » (Gaillard).

Un autre ordre d'inconvénients consiste dans la durée du traitement qui se prolonge pendant des mois et demande pendant tout ce temps une surveillance constante qui lasse à la longue patient et praticien et risque, à chaque instant, de faire abandonner le traitement.

Après l'application prolongée d'un appareil il n'est pas rare d'observer la carie des dents qui lui ont servi de point d'appui ou de celles qui ont subi quelque temps le contact délétère des chevilles de bois. Ces caries reconnaissent pour cause les mauvaises conditions hygiéniques de la bouche, dont il est difficile d'assurer le bon entretien d'une façon satisfaisante tant que l'appareil est en place.

Enfin, l'emploi des appareils ne facilite en rien la sortie de la dent de sagesse ; leur mode d'action serait plutôt, au contraire, de nature à l'entraver.

Nous ne parlerons pas des avantages des appareils car ce procédé de réduction ne nous paraît pas indiqué, en général, dans le traitement du genre d'anomalies que nous avons en vue ; mais nous reconnaissons les services réels qu'ils peuvent rendre dans d'autres circonstances, lorsque leur application est faite avec soin.

CHAPITRE VI

Sur la thérapeutique des anomalies de l'appareil dentaire (1).

Avant de terminer notre travail nous tenons à reproduire intégralement quelques pages où le D^r Pietkiewicz a résumé fort clairement ses idées au sujet de la thérapeutique des anomalies de l'appareil dentaire.

« En général quand il s'agit, chez les enfants, de remédier à des cas d'anomalies de disposition des dents antérieures incisives et canines, je pratique et conseille de pratiquer l'extraction des quatre premières grosses molaires de préférence à toutes autres, quand même l'anomalie de direction n'aurait pour siège qu'une seule des deux mâchoires.

« Les dents antagonistes des deux mâchoires, en effet, sauf à la partie antérieure où normalement elles doivent se croiser comme deux lames de ciseaux, s'engrènent réciproquement de telle sorte que si une extraction ou la perte d'une des dents vient à produire un vide à une des mâchoires, ce vide ne se comble pas, les dents voisines étant retenues par les dents antagonistes, ou s'il se produit un déplacement il est alors incomplet et amène des vices d'articulation entre les deux arcades dentaires, de façon à créer

(1) V. *Comptes rendus de la Société de stomatologie*, 1891, page 74.

une anomalie quelquefois plus choquante que celle à laquelle on s'était proposé de remédier.

« A moins d'indications bien spéciales et fort rares chez un enfant, telles que la carie d'une prémolaire, je conseille cette extraction des grosses molaires ; d'abord elles sont déjà souvent attaquées, et fussent-elles saines, nous savons qu'avec les dents de sagesse ce sont les plus fragiles, qu'elles se prendront fatalement si l'enfant doit avoir des caries un jour, et si l'une d'elles, une seule, est touchée tant soit peu, la loi des caries homologues aux dents homologues nous permet d'affirmer que les trois autres se prendront aussi à plus ou moins bref délai.

« Il y a donc toute chance pour que l'enfant ne puisse conserver ces dents toute sa vie ; il les perdra plus ou moins tard, trop tard, car outre les souffrances endurées pour en arriver là, il aura en plus tous les inconvénients de la perte de ses dents, il lui restera des vides qui seront un obstacle à sa bonne et normale mastication.

« En sacrifiant, au contraire, les quatre premières grosses molaires à propos, toutes les dents de la partie antérieure se poussent régulièrement en arrière, tandis que les dents de la partie postérieure, les deuxièmes et troisièmes grosses molaires, viennent en avant et l'on évite ainsi les accidents si graves quelquefois de l'éruption de la dent de sagesse, accidents que l'on doit redouter, que l'on peut presque prédire quand l'espace est insuffisant pour le placement régulier de la partie antérieure de l'arcade dentaire.

« Le vide produit par l'extraction se comble si bien plus tard qu'il est le plus souvent impossible de voir la trace

de l'opération, que s'il en reste quelque chose c'est tout à fait insignifiant, moindre que lorsque l'on enlève une dent plus en avant, les dents antagonistes retenant alors plus ou moins les voisines et ne pouvant en aucune façon gêner les fonctions de la bouche.

« Nous savons tous aussi que dans les bouches aux dents trop serrées, aux incisives et canines chevauchant l'une sur l'autre, même dès l'enfance, nous trouvons toujours les gencives gonflées, décollées, atteintes d'une véritable gingivite chronique, n'attendant qu'un prétexte pour s'aggraver, passer à l'état aigu, devenir une stomatite plus ou moins grave. Le moindre refroidissement devient une cause déterminante. Sans parler encore de la syphilis, qui de nous ou des nôtres peut répondre de n'avoir pas besoin de faire usage de préparations mercurielles, un abcès, un phlegmon peut en demander l'emploi ; cette indication en sera encore plus fréquente chez les femmes en raison des complications de la grossesse et de l'accouchement, et nous savons que chez elles, ainsi que l'a établi M. Magitot dans son *Traité des anomalies*, les anomalies de direction sont plus fréquentes encore que chez l'homme. Que dire alors du traitement de la syphilis absolument impossible dans ces conditions et dont la suppression entraîne les conséquences morales et physiques les plus graves chez le sujet atteint. J'ai suivi avec le D^r Le Pilleur (Congrès de syphiligraphie de 1889) un jeune homme de vingt-deux ans atteint de syphilis et qui dut renoncer à tout traitement jusqu'au moment où la suppression de deux canines en faisant cesser à bref délai l'état congestif et inflammatoire de ses gen-

cives permet de lui administrer impunément et régulièrement les préparations mercurielles.

« On voit par ce peu de mots les grands avantages de l'intervention que je préconise. Au point de vue esthétique : intégrité absolue de toute la partie antérieure des arcades dentaires, absence complète de vide comme il s'en produit sûrement lorsque l'on n'opère que sur une mâchoire, maintien de la ligne médiane dont le déplacement dans les mêmes conditions opératives crée une difformité des plus regrettables, surtout chez la femme ; conservation des rapports normaux réciproques des deux arcades dentaires, suppression des accidents de dent de sagesse, prévention ou guérison des affections gingivales auxquelles le sujet est fatalement exposé ».

Observations.

OBSERVATION I. — (Due à l'obligeance de M. le Dr PIETKIEWICZ.)

Mlle B..., âgée de 44 ans, sans antécédents qui méritent d'être notés, présente l'état de la bouche suivant.

A la mâchoire supérieure les incisives médianes forment entre elles un angle presque droit et les incisives latérales en légère rotation recouvrent par leur bord interne le quart externe de la couronne des incisives médianes.

En bas, l'incisive médiane droite recouvre le tiers interne de l'incisive latérale droite placée en arrière d'elle et est elle-même cachée en partie par l'incisive médiane gauche qui masque également le tiers interne de l'incisive latérale gauche.

Les quatre premières grosses molaires déjà cariées sont supprimées en quatre séances pendant le mois de février 1881.

Le moulage de la bouche pris à 21 ans montre que l'arcade dentaire est absolument complète, il est impossible d'y trouver la moindre trace d'extraction ; les incisives supérieures et inférieures qui chevauchaient les unes sur les autres présentent maintenant la plus grande régularité, les dents de sagesse venues sans accidents aucuns occupent leur place normale sans qu'il resté en arrière la moindre place entre elles et la branche montante (c'est-à-dire qu'il y aurait eu des accidents d'évolution assurés et sans doute graves), les gencives sont aussi saines que possible.

OBSERVATION II. — (Due à l'obligeance de M. le Dr PIETKIEWICZ.)

Mlle D..., 44 ans, cousine de la précédente jeune fille.

Chez elle les anomalies de direction des dents antérieures placées les unes sur les autres se compliquaient de la rétroversion des deux incisives latérales supérieures. J'attendis que l'extraction des quatre grosses

molaires eût permis aux canines et prémolaires de se reculer tout naturellement et à ce moment, à l'aide d'un plan incliné, je ramenai facilement et en quelques jours les deux incisives à leur place normale.

Aujourd'hui, à l'âge de 48 ans, les deux arcades ont leurs rapports normaux, mais tandis qu'à la mâchoire supérieure il n'y a plus aucun vide, il est resté un petit interstice à la mâchoire inférieure ; cela tient peut-être à ce que les dents de sagesse ne sont pas encore poussées, en tout cas le vide est très peu considérable et l'articulation se fait aussi bien que possible.

OBSERVATION III. — (Due à l'obligeance de M. le Dr PIETKIEWICZ.)

Il y a avantage à agir de bonne heure, mais pour moins complets qu'ils soient on obtient encore de bons résultats à un âge relativement avancé ; l'observation suivante le prouve suffisamment.

Mlle M..., âgée d'une vingtaine d'années vint chez moi en 1881 pour se faire soigner une première grosse molaire supérieure droite. J'entrepris ce traitement au cours duquel sa mère, qui l'accompagnait, se plaignit que leur ancien dentiste eût négligé la dentition de sa fille ou même dit qu'il n'y avait rien à faire pour l'améliorer. Les incisives des deux mâchoires et les canines chevauchaient en effet l'une sur l'autre, les deux incisives médianes supérieures surtout non seulement formaient entre elles un angle très aigu, mais se croisaient par la plus grande partie de leurs bords internes, tandis que l'incisive latérale gauche et la canine étaient en rétroversion assez prononcée.

La molaire que je soignais était fort malade, les trois autres cariées aussi. Je proposai leur extraction, affirmant que par ce fait seul les anomalies de direction que présentait la mâchoire supérieure, si elles n'étaient pas complètement corrigées, s'amélioreraient au moins beaucoup.

Dix-huit mois plus tard les faits m'avaient donné raison et la bouche était dans un état très satisfaisant. Il reste un petit vide très peu considérable à l'arcade inférieure, vide dû en grande partie à une carie de

l'interstice des deux molaires inférieures ; j'ajouterai aussi qu'en bas les dents antérieures étaient à peu près régulièrement placées.

OBSERVATION IV. — *Intervention sur les molaires temporaires.* — (Due à l'obligeance de M. le Dr PIETKIEVICZ et recueillie par l'auteur).

Mlle S..., 9 ans, bien développée, probablement atteinte de végétations adénoïdes, car elle reste constamment la bouche béante. Cette jeune fille présente un maxillaire supérieur étroit avec incisives permanentes déviées et emplacement manifestement insuffisant pour les canines permanentes à venir. Elle est adressée en juin 1896 au Dr Pietkiewicz par un confrère qui lui demande s'il faut intervenir de suite sur les premières grosses molaires.

A l'examen de la bouche on constate la présence des dents suivantes :

Inc. perm. $\frac{4}{4}$, Can. temp. $\frac{2}{2}$, Mol. temp. $\frac{4}{4}$, Pr. gr. mol. $\frac{2}{2}$ = 24 dents.

Au maxillaire supérieur l'incisive médiane gauche un peu moins descendue que la droite occupe un plan plus antérieur et recouvre un peu le bord interne de cette dernière. Les incisives latérales ont éprouvé toutes deux un mouvement de rotation qui a porté leur bord interne en arrière, la face antérieure de leur couronne regarde directement en avant et la moitié interne de celle-ci se trouve cachée par l'incisive médiane correspondante.

Au maxillaire inférieur les incisives médianes recouvrent légèrement le bord interne des incisives latérales.

L'état de la dentition est assez défectueux ; en haut, le tiers postérieur de la première molaire temporaire et le tiers antérieur de la seconde molaire temporaire droites ont été détruits par la carie. A gauche les molaires temporaires sont saines.

En bas, du côté droit, la face triturante de la première molaire temporaire est profondément excavée et la seconde molaire temporaire n'a plus que sa paroi externe. La couronne des molaires de lait du côté gauche est presque complètement détruite.

Quant aux premières grosses molaires, la supérieure droite est un

peu piquée, la supérieure gauche a perdu les trois quarts postérieurs de sa couronne. En bas, la dent du côté droit présente une petite carie de l'interstice en avant ; la dent correspondante est saine à gauche.

Comme les couronnes des molaires de lait rongées par la carie n'existent pour ainsi dire plus, la suppression des quatre premières grosses molaires entraînera, dans ce cas, les conséquences suivantes :

1° L'enfant va se trouver privée de ses moyens de mastication ;

2° En l'absence des grosses molaires la hauteur de l'articulation ne sera maintenue par aucune dent et les incisives inférieures, qui mordent déjà très près du talon des incisives supérieures, vont s'en rapprocher davantage, au risque de blesser la muqueuse et de projeter les incisives supérieures en avant.

Pour ces raisons, le Dr Pietkiewicz conseille d'enlever, en ce moment, non pas les dents de six ans, mais les quatre premières ou secondes molaires *temporaires*, les secondes plutôt, leur carie étant plus avancée ; ces extractions seront suffisantes pour ranger les incisives. Il faut soigner et obturer les premières molaires *définitives* pour assurer la mastication de l'enfant et pour leur permettre d'atteindre l'époque à laquelle aura lieu l'éruption des prémolaires et des canines permanentes. Si ces dents prennent, faute de place, une direction vicieuse, à ce moment apparaîtra l'opportunité de l'extraction des premières molaires définitives.

Conclusions.

I. — La condition à remplir, pour obtenir la correction des anomalies de disposition des dents qui dépendent de l'insuffisance du développement des maxillaires, consiste à faire assez de place sur les arcades pour permettre aux dents de se desserrer.

II. — L'extraction est le procédé utilisé pour atteindre ce but ; mais, en raison de l'antagonisme des dents des deux mâchoires, ce procédé n'assure le déplacement des dents dans l'épaisseur du maxillaire que si on opère à la fois les deux arcades ; il faut emprunter à la bouche quatre dents homologues.

III. — Les quatre premières grosses molaires étant, de toutes les dents, les plus volumineuses et les plus exposées à la carie, leur sacrifice doit être préféré à celui de toutes autres dents, car il ne prive la bouche que d'organes défectueux et il crée le maximum de place sur les maxillaires.

L'extraction des grosses molaires offre les avantages suivants :

1^o Correction complète et *spontanée* des arcades.

2^o Intégrité absolue de toute la partie antérieure des arcades.

Maintien de la ligne médiane.

Conservation des rapports normaux réciproques des deux arcades dentaires.

Surveillance plus facile des dents restantes.

Pas de complication de carie.

3° Suppression des accidents de l'éruption de la dent de sagesse.

4° Prévention ou guérison des affections gingivales auxquelles le sujet est fatalement exposé.

IV. — L'époque d'élection de l'extraction des premières molaires oscille entre onze et quatorze ans, mais cette intervention donne encore de bons résultats à un âge plus avancé. Dans le premier cas, la correction se fait dans un délai qui ne dépasse pas six à huit mois ; dans le second, suivant l'âge du sujet, elle peut demander de dix-huit mois à deux ans.

V. — Chez certains enfants, dont les maxillaires sont extrêmement étroits, la réduction de l'anomalie doit se faire en deux temps. Dans le premier, on range les incisives en enlevant, vers neuf ou dix ans, les quatre premières ou secondes molaires temporaires ; dans le second, on assure, par l'extraction des premières grosses molaires, la disposition régulière des prémolaires et des canines.

VI. — Aucune autre méthode ne nous paraît pouvoir rivaliser avec le procédé de l'extraction des premières molaires, qui joint à la simplicité, à la rapidité et à la perfection de la réduction des anomalies des avantages considérables tels que la prévention des accidents de la dent de sagesse et la prévention ou la guérison des gingivites.

BIBLIOGRAPHIE

- Tomes** (John et Charles). — *Traité de chirurgie dentaire*. Trad. du D^r DARIN, 1873.
- Tomes** (Ch.). — *Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée*. Trad. du D^r CRUET, 1880.
- Magitot**. — Article : Dent, in *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- Gaillard** (Georges). — *Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel*. Paris, 1879.
- Andrieu**. — *Monographie de la dent de six ans*, 1887.
- Pietkiewicz**. — Sur la thérapeutique des anomalies de l'appareil dentaire (in *Comptes rendus de la Société de Stomatologie*, 1891, p. 74).
- Frey**. — *Monographie de la dent de six ans*. Paris, 1896.
- *Comptes rendus de la Société de Stomatologie*, 1891 et 1892.
-

Vu :

Le Président de la thèse,
STRAUS.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL,

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
